

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

цията като модел е изграден повсеместно. Трябваше аз и семейството ми да се впише в този модел. Началото бе трудно и стресово. Минават 5-10 години, за да може човек, занимаващ се с наука да стъпи на краката си. Отчитам, че семейството ми беше голямата опора. Децата бяха малки. Порастнаха и се изучиха в САЩ. Гордея се с тях. Дъщеря ми Марта работи в Харвард, а синът ми Христо работи в Чикаго като инженер по комуникациите.

Съпругата ми инж. Лили Горанова се справя успешно като майка, домакиня и сътрудник към Института по здраве в Чикаго, където вече 20 год. поддържа статистическата база данни по „Проблем зависимости“.

— **С какво послание бихте завършили нашия разговор?**

— Смяната на континентите изисква пренареждане на много ценности, които първо засягат начина живот, а от там и много други промени. Семейството ни с удоволствие идва в България. Много ми се иска нещата тук да се оправят по-бързо.

С какво послание да завърша... Послание е силно казано, но може би с думите, че *човек трябва бъде последователен и да не се отчайва и отказва след временните неуспехи*. В края на краищата както в медицината, така и във всяка друга специалност човек трябва да се стреми да остави следа.

Интервю и снимка: доц. Петър Цонов



СТРАТЕГИЯ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА – ИЗДАНИЕ ВТОРО¹

Б. Давидов

На фона на непрекъснатите призови за „повече пари в здравеопазването“ си позволявам да опонирам: в нерестромираната здравна система колкото и пари да се налеят, те ще потънат, без реална и най-вече – без устойчива полза. Мисълта не е моя и не е нова: изричана е отдавна, изрича се и днес от наши водещи здравни ръководители, учени от БАН, експерти от Стопанската камара и специалисти от Световната банка.

И вече като че ли се очертава потребността от още по-нова стратегия² за всеобхватна здравна реформа. Отлично. Но за да е работеща, стратегията трябва да посочи начини за решаване на:

Минимум три огромни проблема:

1. Големият брой здравно неосигурени лица. Изчисляват се между 1 и 2 млн. души – съответно не внасят в Касата около 800 млн. лв. Аз специално не мога да видя елегантен начин за решаването на този проблем. Да им се спре медицинското обслужване (освен спешното) – не е демократично и не е социално, да им се предложи само някакво евтино такова – мисли се на сегрегация, да продължат да не плащат – то си е експлоатация на плащащите и рушене на солидарния принцип. Може би има още начини?

2. Пълно заплащане на вноските на осигурените от държавата. Това са деца, пенсионери и пр. С известно прекрояване на бюджета това по принцип може да стане – в Касата ще влизат годишно минимум около 350 млн. лв. допълнително. Кое то без да реши възлови проблеми, все пак е нещо добро. Така обаче здравноосигурителната ни система ще се превърне в смесена – бюджетноосигурителна. „Каквато и да е – важното е да има пари“, би казал някой и може би е прав.

3. Намаляване на броя на разкритите болнични легла. Казано, писано и доказано отдавна – 45 000 болнични легла са много и близо 2 милиона пациенти на тях годишно са ужасно много.

(Между другото само наличието на тези два милиона пациенти руши мита за „недофинансираните клинични пътеки“. Защото, ако всички „пътеки“ бяха недофинансирани, всички болници щяха да фалират, и сега изобито нямаше да има проблем.)

В Националната здравна карта е изчислено от експерти, че минималният брой болнични легла в страната трябва да е около 30000. Значи оптималният брой легла трябва да е някъде между тези две величини. Или – ще трябва да се закрийт много легла. Как обаче да се закрийт вече разкрити легла, за които има назначен персонал, закупена апаратура, създадена технология? А има и пациенти. Тук учебниците по здравен мениджмънт не подсказват решения. Ще трябва да се търсят нетрадиционни такива.

И ако това са стари, известни и дълго, и напоително обсъждани проблеми, днешните здравни ръководители формулират и цяла група нови, да ги нарека

Проблеми на здравните технологии

Най-общо става дума за анализ на начините на обслужване на пациентите „вътре“ в здравната система. Измислен пример:

Лицето А.Б. е на 50 г. и досега е нямал никакво оплакване, съответно – нямал е контакт със системата. Почувства болка и отива при ОПЛ. Получава рецепта, но след 20 дни болката не минава. ОПЛ назначава изследвания и консултация със специалист. Нова рецепта. Минават няколко месеца: пак болка – специалист, изследвания, друг специалист, нови изследвания, накрая – болница. Диагноза: злокачествено новообразуване на..., в четвърти стадий. Операция, два вида терапия, още една хоспитализация, диспансеризация. След 2 години А.Б. умира.

Има ли грешки?

1. По-лесното: основна грешка на лицето е, че не е ходил на задължителните профилактични прегледи. Първите признаци на неговото заболяване е можело да се открият именно на такъв преглед и то поне две години преди появата на болките. То е лежимо – но в стадии 1 и 2. Това – по-надолу.

2. По-трудното: грешки в здравните технологии. Могат да се анализират огромен брой въпроси. Например:

Коректна ли е била началната диагноза на ОПЛ? Аналогично – на лекаря специалист? Има ли загубено време между различните прегледи и изследвания? Има ли излишни или неправилни назначения? Възможно ли е било диагнозата

¹ Редактирана версия на статия, публикувана във в. „Дневник“ (електронен), 16 април, 2014 г.

² Имам предвид скоро публикуваната Стратегия на Министерството на здравеопазването 2014-2020 година.

да се постави в по-ранен стадий на заболяването? Правилно ли е назначено болничното лечение? Има ли излишни последващи хоспитализации? Какво е направено след изписване от болницата и правилно ли е било? Съвпада ли евентуалната патолого-анатомична диагноза с диагнозите, поставени в предишните етапи? И така нататък.

За да се анализират проблемите в технологиите, трябва лекар с много висока квалификация да тръгне по „пътя“ на пациента А.Б., да провери съответната документация във всяко отделно звено и да предложи заключения за евентуално допуснати грешки.

Дали това може да стане? Ако за примерно 1000 пациента това е поне теоретично възможно, то е невъзможно за всички около 110000 починали годишно и е абсурдно за всичките около 2 млн. пациенти, изписани от болницата годишно.

Какво тогава може? Да се анализират проблемите само на избрани по някакъв критерий пациенти – примерно: на представителна 5%-на извадка от всички, на деца, на майки, на пациенти с определени диагнози, на някои от починалите и пр.

Така или иначе за подобен анализ трябва да се ангажират усилията на голям брой висококвалифицирани лекари. И най-вече – този анализ ще бъде ретроспективен – след като събитията вече са се случили.

А дали може да се извърши

Анализ на здравните технологии в реално време?

Има нещо интересно, което го помнят само ветераните. Далеч назад в годините, когато компютрите заемаха цели зали и харчеха ток като металургична пещ, в тях постъпваше информация за: всеки амбулаторен преглед, всеки изписан пациент, всяка направена имунизация, всеки издаден болничен лист, всеки инвалид, всеки разход във всяко болнично отделение, всеки лекар и пр. и пр. Данните се въвеждаха от хартиените отчетни документи по типичната офф-лайн технология. На „изход“ се получаваша десетки килограми ленти с хартиени таблици. Друг е въпросът дали данните от тези таблици се използваха пълноценно за управлението на здравната система, а и изобщо. По-скоро не – видно от тоталния крах на социализма.

От тогава насам компютрите увеличиха капацитета си, намаляха по обем (вече се събират в чантата ни) и се захранват с батерии. Някак пропорционално намалява и информацията, постъпваща от здравната система и пристигаща на бюрото на съответните висши ръководители. Значи – намалява се прозрачността в системата, съответно намаляват и възможностите за нейното управление. Дали тази тенденция е правилна? Докъде ще стигне ако продължи? Дали не трябва да се обърне?

Такъв анализ ще фиксира проблемите в здравните технологии почти във времето, в което се случват и ще има до някаква степен дори превантивен характер. Звучи фантастично – т.е. невъзможно. И все пак да опитам.

При всеки контакт на пациента със здравната система в съответния компютър се въвеждат като минимум следните данни: ЕГН (значи възраст и пол), диагноза (насочваща, предарителна, уточнена, окончателна, патолого-анатомична и пр.), назначени изследвания, процедури, вид лечение и пр. Въпросът е всички тези данни да се съберат на едно място, например в един сървър.

Оптимистите весело ще кажат, че това събиране ще стане, когато заработи „електронното здравеопазване“ с не-изменния му компонент „лично здравно досие“. Песимистите мрачно ще изгъкнат трудности. Има: различно хардуерно, системно и програмно осигуряване и пр. Няма: връзки,

единни протоколи, единни номенклатури и медицински езици, защита на данните и пр. И изобщо: трудно е, бавно е, скъпо е, сложно е – цели четиринадесет години (поне) това не може да се направи. Значи?

Дали пък не може да се приеме едно палиативно решение? Примерно следното:

В края на всяка работна седмица (или защо не в края на всеки работен ден?) от всеки от въпросните компютри се извежда списък на преминалите пациенти, с минимум гореспоменатите данни. Списъкът се предава (на хартия, с емейл, или директно като файл) за въвеждане в централен сървър. След около месец в сървъра ще се натрупа „база данни“ за няколко милиона пациента и ще продължи да се обогатява.

Наред с това, гореспоменатите високо квалифицирани лекари – контролори ще изготвят алгоритми за търсене на: определени несъвпадения на диагнози, многократни посещения по кабинети и лаборатории, неоправдани закъснения, повторни и повече приеми в болница и пр. и пр. И при преглед на „базата данни“ автоматично ще се генерират списъци на пациентите и на медицинските звена с търсените проблеми.

Да – решението е палиативно, изключително примитивно, офф-лайн и ниско технологично – особено в „епохата“ на „уай фай“, интернет, облачни технологии и смартфони. И изисква малко допълнителни разходи. Но се очертават и определени ползи – без да се чака изграждането на „електронното здравеопазване“, буквално още „от утре“ ще може да се получи доста пълна и донякъде точна картина на проблемите в технологиите в здравната система и то в „реално време“. Или тя – здравната система, изведнъж ще стане силно прозрачна.

В един документ на Световната здравна организация се твърди, че „държавите не могат да управляват това, което не могат да измерят“.

От едно „измерване“ от типа на предложеното по-горе ще се получат възможности за различни анализи. Например: ще се проследи „пътя“ на пациентите в „дебрите“ на доболничната помощ, ще се анализират отделните хоспитализации и ще се открият нецелесъобразните; ще се контролира правилността на диагнозите в отделните звена, ще се открие правилността на съответните назначения, ще станат ясни сроковете, в които се случват отделните събития и ще се открият евентуални фатални закъснения и пр. и пр. На макро-равнище ще се докажат дисбалансите между доболничната и болничната помощи, ще се открие липсващото място на профилактиката и пр. и пр. Изобщо – ще бъде само въпрос на умения на контролиращите да формулират правилните въпроси.

Оттук нататък? Да допуснем, че подобни анализи са вече направени – част от проблемите са показани и дори са измерени количествено.

Примерно:

- *x% от диагнозите на ОПЛ не се потвърждават на следващите равнища.*

- *y% от пациентите в болниците (по групи диагнози) постъпват в трети и четвърти стадий на заболяването, когато се изискват много ресурси и резултатът от лечението е печален*

- *z% от пациентите в болниците постъпват по два, три или повече пъти в течение на една календарна година – в същата или в друга болница. И т.н.*

Измерихме, анализирахме, намерихме проблеми. Появяват се нови въпроси:

Кой и как може да „управлява“ здравната система?

И първият въпрос – кой например може да насочва,

координира, синхронизира, дори да управлява дейността на всички ОПЛ в страната? Аналогично – кой може да насочва, координира и пр. дейността на всички лекари-ендокринолози, на всички лекари-кардиолози и така нататък – на останалите видове специалисти. Аналогично – да насочва, координира и пр. дейността на всички болници – общо и по категории и т.н. А трябва ли да има органи с подобни управленски функции? Скъпото ми мнение е, че трябва да има.

Вторият въпрос – по какви начини тези органи могат да влияят върху дейността на съответните звена? Примерно – като организират допълнителна квалификация по дадени проблеми, като издават насочващи и регламентирани документи, като увеличават контрола, респ. и като налагат санкции. А още какви начини има?

Ето и **третият въпрос** – кои да са тези органи или поне към кои институции могат да се „включат“?

Дали да са към Касата? Или към Министерството на здравеопазването? Или към професионално-съсловните организации? Или към неправителствените организации? Или към „гражданското общество“, каквото и да означава това? Често коментираните решения от типа на: „тези, в съдействие с онези и със сътрудничество на ей-ония там“ са погрешни в корена си. На практика – това е изпитаната с годините споделена и колективна безотговорност.

В цялата здравна система трябва да се изгради ясна и непротиворечива система на управление, контрол и отговорност. И на единоначалие. По скромното ми мнение (развито в други мои статии) водещата роля трябва да е на държавния орган – Министерството на здравеопазването. Разбира се са възможни за дискусия и други мнения.

Най-общо: сегашната система на свободни и конкуриращи се „търговци“ (еднолични дружества) трябва да се примеси с някаква степен на държавно регулиране.

Отделен кръг изключително важни проблеми са извън рамките на здравната система и се отнасят до т.н. „система за здравеопазване“: жизнена среда, хранене, безопасни условия на труд, здравословно поведение и пр. Те също чакат информация, анализи и решения – но на съвсем друго равнище и за това тук не ги дискутирам.

А може ли да се „управлява“ гражданинът, преди да е станал пациент?

Или – как може да се застави 50-годишен гражданин да ходи на профилактични прегледи? Известните начини са само два. Единият – пропаганда, обучение, дори реклама. Другият – санкция. Някъде „на запад“ има правила: „съответната Каса заплаща лечението, само ако пациентът е ходил редовно на профилактични прегледи“. И „ако си е внасял здравните вноски в течение на Т години“. Ако не – той си заплаща цялото последващо лечение по съответния цено-разпис.

Има ли здравна икономика?

Понастоящем всички публични здравни институции свято спазват Търговския закон и отчитат само минимално изискуемата информация по баланса за приходите и разходите си. В най-добрия случай в края на годината показват преразходите си и искат заплащането им от принципала си.

И пак малко фантастика. Без да навлизам в детайли – това е отделна и огромна тема, само маркирам въпроса „дали не може посредством визираната по-горе примитивна офф-лайн технология, един централен орган да получава данни и за всички икономически процеси във всяка здравна институция“? И то – още от „утре“?



Нататък – с тези данни веднага ще заработи системата за „Национални здравни сметки“ – силно препоръчвана от Световната здравна организация и внедрена в редица държави. И тогава експерти ще могат да обсъждат конкретни проблеми на здравните технологии – примерно: парите за профилактика на инфарктите, за ин-витро процедурите или за рехабилитация на инсултите. А икономистите ще им помагат примерно с вътрешно-отраслови баланси и с оценки на здравната и икономическа ефективност на различните медицински решения, както и на отделни лечебни заведения. И ще се развие истинска здравна икономика.

Трудностите в тази посока са ужасно много и отдавна коментирани – законови ограничения, нежелание на мениджърите, търговска тайна, конкуренция, допълнителни разходи и пр. и пр. И само като насока за мислене: натрупаните преразходи от всички болници за една година надхвърлят 400 млн. лева. Ако се въведе подобна система, действаща в относително реално време, само икономите от премахването на подобни преразходи ще осигурят пари за редица нови програми. Ама имало ужасно много трудности – виж по-горе.

Кой да извърши всичко това? Дългото съществуване на тези проблеми доказва, че редуващите се здравни администрации в годините на прехода не можаха да се справят с тях. По скромното ми мнение това изобщо не би трябвало да е работа на администрациите. С риск да покажа професионално пристрастие, ще продължа да твърдя, че анализа на съществуващата и проектиране на усъвършенствана здравна система е специализирана научна и проектантска работа. Тя трябва да се върши далеч от напрегнатото ежедневие на висшите здравни администрации и от качествено различни специалисти (доказано между другото от великолепните анализи на Икономическия институт на БАН и от тези на Стопанската камара).

По откъслечни съобщения в медиите специалисти на Световната банка ще се заемат с въпросите на здравната ни реформа. Никак не се съмнявам в капацитета им – още повече, че те по условие имат натрупан опит от работа в редица държави, а и могат да работят относително по-отдалечени от местни влияния, каквито и да са те. И все пак – това не е ли negliжиране на националния експертен потенциал? Или пък е признание, че проблемите са толкова големи, а част от тях толкова политизирани, че се налага болезнени решения да се подкрепят само с безспорния авторитет на Световната банка?

Пак към началото

Всички експертни мнения са единодушни в едно: в здравната ни система има цяла редица проблеми – структурни и функционални. И недостига на пари в нея далеч не е най-съществения. Следователно – има нужда от съществена реорганизация на структурата, функциите и управлението на здравната система. А първата стъпка е събирането на информация за процесите в нея.

Да започват експертите.

Вместо списък с литература

Въпросното „палиативно, изключително примитивно, офф-лайн и ниско технологично решение“ беше приложено от нас за анализ на един сегмент от болничното обслужване. В резултат се получи изключително информативни резултати – виж:

1. Кундурджиев Т., Б. Давидов (2006) Анализ на възрасто-половата структура и основните болести на пациентите над 60 г. възраст в публичните лечебни заведения в Р. България за 2004 г., В: „Стареенето на населението – реалности и последици, политики и практики“, Сборник доклади от научна конференция, София, 31 май 2006 г. ЦИН – БАН, НОИ, София 2006 г.